

## Nueva Junta Directiva de la SER

El Presidente y los nuevos miembros desvelan  
sus líneas de trabajo para esta legislatura

### ▶▶ INVESTIGACIÓN

Biobadaser 3.0 añadirá aportaciones  
sobre las nuevas moléculas

pág. 25

### ▶▶ NOTICIAS SER

Dos nuevas guías sobre espondilitis  
anquilosante y artritis psoriásica

pág. 34

Servicio patrocinado por:



# Biblioteca **virtual**

JAIME ROTÉS QUEROL

The logo of the Spanish Society of Rheumatology (SER) is a stylized blue and white graphic element.

Sociedad Española de  
Reumatología

Fácil, moderna y accesible.

Visita la nueva web  
**[bibliotecavirtual.ser.es](http://bibliotecavirtual.ser.es)**

Para más información: [www.ser.es](http://www.ser.es)

## LOS REUMATISMOS

Publicación oficial de la  Sociedad Española de Reumatología

Los Reumatismos® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas. Los Reumatismos no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

[losreumatismos@ser.es](mailto:losreumatismos@ser.es)  
[www.ser.es](http://www.ser.es)

### Edita:

**Sociedad Española de Reumatología**  
C/ Marqués de Duero, 5 - 1º  
28001 Madrid  
Tel: 91 576 77 99  
Fax: 91 578 11 33

### Editora:

Montserrat Romera Baurés

### Consejo Asesor:

José Luis Andréu, Miguel Ángel Belmonte, Eugenio Chamizo, Juan J. Gómez-Reino, Juan Muñoz Ortego, Fernando Pérez, Beatriz Yoldi, Juan Sánchez Bursón, Rubén Queiro y Marta Valero.

### Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

### Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil  
Dr. Antonio Naranjo Hernández

### Coordinadora:

Sonia Garde García

### Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz

### Asesoría, edición, diseño gráfico y maquetación:

ahora Inforpress es

## ATREVIÁ

Departamento de Plataformas

### Entidades que han colaborado en este número:

Abbvie, Bristol-Myers Squibb, Roche

### Suscripciones y atención al cliente:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA  
C/ Marqués del Duero, 5, 1º A  
28001-Madrid  
Correo electrónico: [ser@ser.es](mailto:ser@ser.es)

**Tarifa de suscripción anual**  
(IVA incluido):

Particulares: 30,00 €  
Entidades: 60,00 €

# Comienza una nueva etapa

En este periodo estival en la SER continuamos trabajando por la mejora de la Reumatología. En julio hemos celebrado la cuarta edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas, logrando un gran éxito en todos los aspectos: los niños han disfrutado al máximo de esta actividad, los padres han podido descansar y hemos logrado una gran repercusión mediática, clave para aumentar el conocimiento de estas patologías entre la población general. Además, tuvimos el honor de contar con dos grandes deportistas de élite como Javier Fernández y Fernando Romay.

En este número encontrarás noticias de interés y, sobre todo, podrás conocer un poco mejor al nuevo presidente, el Dr. José Luis Andréu, y a los nuevos miembros de la Junta Directiva que lidera y que llegan con muchas ganas. Además de darles la bienvenida a todos, no queríamos perder la oportunidad de agradecer enormemente la labor y el esfuerzo a todos los miembros que han formado parte de la Junta Directiva anterior y, en especial, al Dr. José Vicente Moreno Muelas, por sus aportaciones durante su presidencia. ¡Empieza una nueva etapa en la SER cargada de proyectos, ideas y mucha ilusión!

4	<b>CARTA DEL PRESIDENTE</b>	25	<b>INVESTIGACIÓN</b> Biobadaser 3.0 añadirá aportaciones rigurosas sobre las nuevas moléculas
5	<b>EVENTOS SER</b> Campamento de verano de la SER	29	<b>¿QUÉ DEBO SABER...</b> ...sobre la enfermedad de VKH?
7	<b>BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</b>	32	<b>FORMACIÓN</b> Los reumatólogos abogan por alargar la formación MIR a la especialidad
13	<b>SOCIEDADES AUTONÓMICAS</b> Ganar mayor visibilidad, uno de los objetivos de la Sociedad Murciana de Reumatología	34	<b>NOTICIAS SER</b> Il edición de la campaña de concienciación 'Un paso + en la gota'
18	<b>CONOCE TU SOCIEDAD</b> Conoce a los nuevos miembros de la Junta Directiva	35	<b>NOTICIAS</b> Premiado por EULAR el Profesor Eliseo Pascual

# Su ma rio



# Un futuro optimista



Estimados amigos:

Comenzamos con entusiasmo una nueva etapa en la SER. El 3 de junio celebramos la primera reunión de la nueva Junta Directiva. En la misma, debatimos y consensuamos las líneas estratégicas de actuación para los próximos dos años, plenos de retos y oportunidades. Afrontamos un entorno apasionante y en continuo cambio, donde las relaciones entre la SER, sus socios, los pacientes y las compañías farmacéuticas experimentarán profundos cambios.

El 30 de junio, las compañías farmacéuticas innovadoras adheridas a Farmaindustria publicaron en sus páginas web las transferencias de valor dirigidas a profesionales de la salud, organizaciones sanitarias y asociaciones científicas realizadas durante 2015. En este entorno de transparencia, la SER ha apostado por emprender iniciativas que reflejen de una forma veraz ante nuestros asociados, pacientes y sociedad en general, la honestidad de nuestros fines estatutarios y el estricto cumplimiento de la normativa legal vigente. Nuestra asociación vehiculiza sus ingresos con total transparencia hacia iniciativas de formación médica continuada y de investigación de la máxima calidad, con el fin de alcanzar la excelencia en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes españoles con enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. En este sentido, hemos inaugurado en nuestra página web una sección de transparencia en la que se irán reflejando dichas iniciativas.

Durante la temporada 2016-2017, la SER continuará consolidando su posición de liderazgo como proveedor de formación médica continuada de la máxima calidad para reumatólogos y

profesionales afines, mediante el mantenimiento de sus simposios, congreso nacional y cursos formativos. Asimismo, tenemos la intención de lanzar diferentes iniciativas editoriales de las que os iremos informando puntualmente.

La implantación de nuestro Plan Estratégico de Comunicación es otra iniciativa prioritaria, esencial para dar a conocer el papel del reumatólogo en la sociedad. Vamos a rediseñar la página web orientada a pacientes con el objetivo de brindar un mayor protagonismo a la información de interés que nuestros pacientes y la sociedad española desean recibir de sus reumatólogos, intentando que sea un escaparate eficaz de nuestra especialidad.

Por otra parte, continuaremos el desarrollo de proyectos estratégicos como el registro prospectivo de lupus, el proyecto CARMA de morbilidad cardiovascular en enfermedades reumáticas, el estudio epidemiológico EPISER II o el desarrollo de una nueva versión de la GUIPCAR.

En definitiva, me gustaría transmitir un mensaje de optimismo sobre el futuro de la SER, una asociación científica ejemplar, eficiente, profesional y transparente de la que podemos y debemos sentirnos partícipes y orgullosos de nuestra membresía como reumatólogos y profesionales afines españoles.

**Dr. José Luis Andréu Sánchez**  
Presidente de la SER



## Fernando Romay y Javier Fernández, padrinos de altura para el campamento de verano de la SER

Cerca de 40 niños de entre 8 y 14 años, procedentes de toda la geografía española, han participado en esta cuarta edición



Este año hemos tenido la gran suerte de contar con dos padrinos excepcionales en la cuarta edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas, organizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) en la granja escuela Albitana de la localidad madrileña de Brunete. El exjugador de baloncesto, Fernando Romay, y el campeón mundial de patinaje, Javier Fernández, visitaron a los niños y les habla-

ron de superación, de la importancia del ejercicio físico e incluso jugaron con ellos.

Este año, casi 40 niños de entre 8 y 14 años, procedentes de toda la geografía española, han participado en esta actividad, que se ha desarrollado del 2 al 16 de julio. La mayoría de ellos sufre artritis idiopática juvenil (AIJ), aunque había también algún niño con lupus eritematoso sistémico o enfermedad de Behçet.

### Efectos beneficiosos

En opinión del presidente de la SER, el Dr. José Luis Andréu, “seguimos apostando por esta actividad dentro de nuestro ámbito de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) porque, tras las ediciones anteriores, hemos constatado el efecto beneficioso que se consigue en los niños y jóvenes, ya que aprenden actitudes

y hábitos de vida saludables que, en ocasiones, es difícil transmitir en las consultas de Reumatología. Es realmente emocionante e inspirador constatar cómo comparten experiencias, se ayudan mutuamente y normalizan su situación”. Las encuestas de satisfacción también reflejan resultados muy positivos para los familiares.

Por su parte, el coordinador de esta iniciativa y responsable de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Niño Jesús de Madrid, el Dr. Juan Carlos López Robledillo, asegura que es importante desmitificar que las enfermedades reumáticas sólo afectan a las personas mayores: “De hecho, se estima que cerca de uno de cada mil niños en España padece algún tipo de afección reumática”. En este sentido, es fundamental fomentar iniciativas de este tipo para que también les sirva de tratamiento social pues, en definitiva, une dos aspectos: aprendizaje y diversión. “Además –añade–, al finalizar los campamentos anteriores los participantes lograban una mejor percepción de su estado de salud”.



## La fisioterapia: clave para estos pacientes

Como en años anteriores, además de los monitores de tiempo libre, este grupo ha contado con un equipo médico de cuidadores, formado por reumatólogos pediátricos, enfermeras y fisioterapeutas, que se han encargado de supervisar las actividades para que se adecuaran a las características de los niños, así como para ofrecer soporte médico en caso necesario las 24 horas del día.

En concreto, “la práctica de actividad física es clave para la mejora de su salud, ya que beneficia la movilidad de las articulaciones, por lo que se integra un programa diario específico con ejercicios a medida supervisado por fisioterapeutas”, explica la Dra. Montserrat Romera Baurés, responsable de la Comisión de Comunicación y Relaciones con Pacientes de la SER.

Otro año más contamos con la colaboración de las asociaciones de pacientes: LIRE (Liga Reumatológica Española), Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), Federación Española de Lupus (Felupus), Coordinadora Española de Asociaciones con Espondilitis (Ceade), Fundación Fibromialgia, Asociación Española de Síndrome de Sjögren, Acción Psoriasis y Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS).



## REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

### Impacto del tratamiento de la AIJ sobre el inicio de uveítis

**Dr. Jenaro Graña Gil**

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

**Análisis de la base de datos de Alemania. Arthritis Care Res (Hoboken).** *Tappeiner C, Schenck S, Niewerth M et al. . 2016 Jan;68(1):46-54. doi: 10.1002/acr.22649.*

La uveítis es una complicación de la artritis idiopática juvenil (AIJ), especialmente de los pacientes con formas oligoarticulares, con poca edad, escasa duración de la enfermedad y positividad de anticuerpos antinucleares (ANA). Estos pacientes suelen presentar uveítis anterior crónica al contrario que las artritis inflamatorias crónicas de los adultos. Los varones más mayores con sacroilitis o artritis con entesitis presentan uveítis anterior aguda de manera similar a las formas adultas de las espondiloartropatías. En general, la uveítis aparece entre el 9 y el 13% de los casos de AIJ y puede presentar graves complicaciones de la visión. La artritis suele necesitar tratamiento enérgico con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), sintéticos (sFAME) o biológicos (bFAME) y algunos estudios previos sugieren que el uso de estos tratamientos pueden influir en la aparición de uveítis.

#### El estudio

Los autores partieron de una base de datos nacional (NPRD) de Reumatología Pediátrica de Alemania para analizar la influencia del uso de metotrexato (MTX), inhibidores de factor de necrosis tumoral (TNFi) o la combinación de ambos medicamentos, sobre la presencia de uveítis en pacientes con AIJ. Entre los años 2002 y 2013, las unidades de Reumatología Pediátrica participantes registraron sus pacientes con AIJ de forma anual. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con <12 meses de evolución al ingreso en la base de datos y al menos dos años de seguimiento. El impacto del tratamiento antiinflamatorio en la aparición de la uveítis fue evaluado por análisis de supervivencia de tiempo discreto (discrete-time survival analysis).

Un total de 3.512 pacientes con AIJ (edad media±DE de 8,36±4,8 años, 65,7% de mujeres, 53,2% de anticuerpos antinucleares positivos y edad media±DE de inicio de la artritis de 7,86±4,8 años), cumplie-

ron los criterios de inclusión. El tiempo medio±DE de seguimiento total fue de 3,66±2,4 años. La uveítis apareció en un total de 180 pacientes (5,1%) dentro de un año después del inicio de la artritis. El inicio de la uveítis después del primer año se observó en otros 251 pacientes (7,1%). El uso de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) en el año antes de la aparición de uveítis redujo significativamente el riesgo de uveítis como sigue: MTX: cociente de riesgo (HR) 0,63; P=0,022; TNFi: HR 0,56, P<0,001; y la combinación de ambos medicamentos: HR 0,10, P<0,001. Los pacientes tratados con MTX durante el primer año de AIJ tuvieron incluso un menor riesgo de uveítis (HR 0,29, P<0,001).

#### Conclusiones

Los autores concluyen que el uso de FAME (s o b) en los pacientes con AIJ redujo significativamente el riesgo de aparición de uveítis. El uso temprano de MTX durante el primer año de la enfermedad y la combinación de MTX con un inhibidor TNF tuvo el mayor efecto protector.

Los autores señalan que la forma de registro anual puede producir sesgos de interpretación de los datos clínicos recogidos, especialmente del uso de FAME en el momento de inicio de la uveítis. En número de pacientes con bFAME al inicio del registro es pequeño, 58 de 3.512 (2,1%), y de ellos solo diez desarrollan uveítis, cinco en el primer año de seguimiento y cinco después del primer año (tres y cinco con etanercept y dos y cero con adalimumab, respectivamente). La cifra aumenta progresivamente en los años siguientes hasta alcanzar el 19% de los pacientes con AIJ.

Los resultados les permiten concluir que el uso de MTX y antagonistas del TNF reducen la incidencia global de uveítis en el grupo completo de todas las AIJ y lo hacen de forma ligeramente más pronunciada en las categoría de pacientes con alto riesgo para uveítis: oligoartritis (persistente y extendida) y poliartrosis con FR negativo, así como con otros factores de riesgo conocidos que confirman en el estudio: niños pequeños, ANA positivos y alta actividad inflamatoria evaluada mediante VSG y JADAS.

## VASCULITIS

### Menopausia e insuficiencia ovárica primaria en pacientes tratadas con ciclofosfamida

**Dr. Jenaro Graña Gil**

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

**Pacientes tratadas por vasculitis asociada a ANCA.** Tuin J, Sanders JSF, van Beek AP et al. *Arthritis Rheum* 2016; 68:986-92.

La ciclofosfamida (CF), combinada con corticoesteroides, ha sido la terapia inmunosupresora estándar para las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) (VAA), desde hace muchos años. Más del 80% de los pacientes con granulomatosis con poliangeítis (granulomatosis de Wegener) (GPA) o poliangeítis microscópica (MPA) que son tratados con CF y corticosteroides alcanzan la remisión.

A pesar de su contribución fundamental para la supervivencia de los pacientes con VAA, la CF se asocia con toxicidad significativa y efectos secundarios a largo plazo, incluyendo la menopausia precoz y su forma extrema, la insuficiencia ovárica primaria. La CF induce daño irreversible del ADN que interfiere con la división celular. Se presume que en los ovarios induce la proliferación de folículos primordiales inactivos y muerte celular en células de la granulosa de los folículos más grandes. Aumenta el reclutamiento de folículos primordiales lo que lleva al agotamiento temprano del pool de dichos folículos y, finalmente, a la menopausia. La menopausia precoz y, especialmente, la insuficiencia ovárica primaria tienen considerables implicaciones para la reproducción, la densidad mineral ósea, la salud general y sexual y el riesgo cardiovascular.

#### El estudio

Los autores investigan la aparición de la menopausia y la incidencia de insuficiencia ovárica primaria en mujeres con VAA, sobre todo después del uso por vía oral de CF en pacientes diagnosticadas con VAA en su centro entre 1970 y 2012.

Incluyeron 94 mujeres premenopáusicas diagnosticadas de VAA. 67 pacientes recibieron CF y 27 otros tratamientos inmunosupresores; 46 mujeres tratadas con CF desarrollaron menopausia, 22 de las cuales se consideraron insuficiencia ovárica primaria. Ninguna de las pacientes que no fueron tratadas con CF, desarrollaron insuficiencia ovárica primaria.

Hubo una asociación significativa entre una dosis acumulada de CF >16,6 g, vs una dosis acumulativa >16,6 g y menopausia ( $\chi^2= 8,72$ ,  $P=0,003$ , odds-ratio [OR] 2,60 [intervalo de confianza del 95% 1,38-4,90]). Además, hubo una asociación significativa entre una dosis acumulada de CF de <16,6 g vs no exposición a CF y menopausia ( $\chi^2= 16,37$ ,  $P <0,001$ ; OR 7,32 [intervalo de confianza del 95% 2,79 – 19,20]), tanto para las mujeres que recibieron CF como para las que no experimentaron infertilidad involuntaria.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que la menopausia precoz y la insuficiencia ovárica primaria aparecen con frecuencia después de la terapia con ciclofosfamida oral en mujeres premenopáusicas con VAA. La infertilidad involuntaria es común después del desarrollo de insuficiencia ovárica primaria, pero también se produce en mujeres no tratadas con ciclofosfamida. Estos resultados acentúan la importancia del uso de medicamentos que no resulten tóxicos para la función gonadal en mujeres en edad fértil.

El estudio incluyó a pacientes con diversos protocolos de tratamiento, desde las dosis orales mantenidas durante dos años de las décadas de los 70 y 80, a los más modernos protocolos de inducción intravenosa y mantenimiento secuencial. Aunque esto supone una limitación del estudio, los resultados demuestran claramente que la toxicidad ovárica de la CF es dosis dependiente y que aunque los protocolos modernos parecen reducirla no la eliminan.

Los hallazgos son similares a los de estudios previos. El riesgo de amenorrea en pacientes tratadas por LES se estima entre el 25 y el 59% con CF oral y entre el 11 y el 54% con CF intravenosa. En el estudio, el 49% de las mujeres no volvieron a tener menstruación y el 48% de las que desarrollaron menopausia tenían insuficiencia ovárica primaria. Aunque se relaciona la toxicidad con el inicio en pacientes más jóvenes, el estudio muestra una relación inversa explicada por el mayor pool de folículos de las mujeres jóvenes y el aumento de las pacientes con menopausia a partir de los 44 años de forma independiente a la dosis recibida de CF.

Las pacientes del estudio recibieron anticonceptivos orales para atenuar la toxicidad ovárica pero su eficacia no está establecida, al igual que el uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).

Como el uso de otros métodos establecidos, como la criopreservación de ovocitos o embriones, puede ser demasiado lenta para una paciente con necesidad de

tratamiento, se espera que avancen otros métodos en investigación como la maduración in vitro de ovocitos inmaduros, la criopreservación de córtex ovárico o la farmacoterapia neoadyuvante. Mientras tanto los autores recomiendan el uso de terapias que no resulten tóxicas para los ovarios, como el rituximab, si bien son conscientes del dilema que supone la elección del tratamiento en pacientes con enfermedad grave y las consecuencias de usar un tratamiento insuficiente.

## GOTA

### Riesgo cardiovascular

**Dr. Antonio Naranjo Hernández**

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

**Efecto de la colchicina sobre el riesgo de evento cardiovascular y mortalidad entre pacientes con gota: un estudio de cohortes usando registros médicos ligado a reclamaciones en el sistema Medicare.** Solomon DH, et al. *Ann Rheum Dis* 2015;0:1-6. doi:10.1136.

La colchicina podría tener beneficios sobre la enfermedad cardiovascular (CV), si bien los estudios sobre los efectos beneficiosos en la gota son contradictorios. En este trabajo se analizó la asociación del empleo de colchicina con los eventos CV y la mortalidad por cualquiera de las causas en los pacientes con gota.

#### El estudio

Se emplearon los datos de la base Medicare (2006-2011). Los pacientes del grupo colchicina fueron seguidos desde la primera dispensación del fármaco, mientras que los controles no recibieron colchicina a lo largo del período de análisis y fueron emparejados con los casos teniendo en cuenta la edad y el sexo. Ambos grupos fueron evaluados en cuanto a la aparición del evento principal, definido como ictus, infarto de miocardio o ataque isquémico transitorio. El análisis estadístico incluyó la regresión con hazard y ratios ajustados para factores de confusión.

Se incluyeron 501 pacientes que habían recibido colchicina y un número similar de controles, con un seguimiento promedio de 16 meses. La dosis media de colchicina fue de 0,5 mgr/d, con una mediana de uso de aproximadamente un año.

Se observaron 28 eventos CV primarios en el grupo con colchicina y 82 eventos en el grupo control. La tasa de incidencia fue de 35,6 por 1.000 personas/año en el grupo colchicina y de 81,8 en el grupo control. Tras el análisis ajustado por factores de confusión, el empleo de colchicina se asoció con una reducción del 49% del riesgo de eventos CV primarios (HR 0,51, 95% CI 0,30 a 0,88) y una reducción del 73% de mortalidad por cualquier causa (HR 0,55, 95% CI 0,35 a 0,85, p=0,007).

La reducción del riesgo CV fue especialmente significativa en los pacientes que llevaban menos de tres meses con colchicina, mientras que no fue significativa en los pacientes que llevaban en tratamiento más de seis meses.

Los resultados de este estudio son muy interesantes. El análisis de regresión era imprescindible en este caso, dado que el grupo de pacientes con colchicina presentaba hipertensión, uso de estatinas y de alopurinol entre el doble y el triple que el grupo control. Sin embargo, la prevalencia de eventos CV y el empleo de aspirina fue similar en ambos grupos.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que el uso de colchicina se asocia a una reducción del riesgo de eventos CV en pacientes con gota. Sugieren realizar un ensayo aleatorizado para confirmar los hallazgos. En dicho ensayo recomiendan analizar en detalle segundos o terceros eventos CV (prevención secundaria) que en el presente estudio se redujeron de manera no significativa en los pacientes que tomaron colchicina.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

### Fases preclínicas de la artritis en pacientes con psoriasis

**Dr. Antonio Naranjo Hernández**  
Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

**Inflamación subclínica articular en pacientes con psoriasis sin artritis psoriásica: análisis de un estudio longitudinal.** Faustini F, et al. *Ann Rheum Dis* 2016;0:1-7. doi:10.1136.

En este estudio se analizó la presencia de inflamación articular subclínica en pacientes con psoriasis sin datos de artritis. Al mismo tiempo se pretendió determinar si los hallazgos encontrados se asocian con el desarrollo futuro de artritis psoriásica.

#### El estudio

Los autores incluyeron a 55 pacientes con psoriasis y 30 controles sanos. Además de los datos clínicos cutáneos y articulares, capacidad funcional y parámetros analíticos, se realizó resonancia magnética de alto campo (MRI) a todos los pacientes. Los resultados MRI se analizaron mediante el método PsAMRIS en cuanto a sinovitis, osteítis, tenosinovitis e inflamación periarticular. En los casos de psoriasis también se incluyó un estudio de tomografía periférica (TC) para analizar la presencia de erosiones y entesofitos. Se realizó un seguimiento de 12 meses.

La muestra de pacientes con psoriasis tenía una edad media de 49 años y un IMC promedio de 28. El 51% presentaba afectación ungueal además de la cutánea. El 16% recibía metotrexato y el 7% terapia biológica. Ninguno de los pacientes presentaba artritis, dactilitis o entesitis, pero el 38% tenía al menos una articulación dolorosa a la exploración.

El 47% de los pacientes con psoriasis presentó al menos un hallazgo MRI, siendo el más frecuente la sinovitis

(38%), seguido por la osteítis (11%), la tenosinovitis (4%) y la inflamación periarticular (4%). El promedio de puntuación PsAMRIS fue de  $3 \pm 2,5$  unidades. En el 6% de los controles sanos se observó sinovitis por MRI. La presencia de entesofitos y erosiones en el TC fue similar en pacientes con psoriasis con o sin inflamación en la MRI.

Doce (29%) de los 41 pacientes seguidos a lo largo de un año desarrollaron artritis psoriásica (criterios CASPAR). El riesgo de desarrollar artritis fue del 60% en aquellos pacientes con sinovitis subclínica por MRI y artralgiyas y del 25-27% en pacientes con MRI patológica sin artralgiyas o viceversa. Sin embargo, el riesgo fue del 13% en pacientes sin artralgiyas y MRI normal. Otros factores asociados con el desarrollo de artritis fueron la EVA de dolor articular basal y el HAQ.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que la presencia de inflamación subclínica en pacientes con lesiones cutáneas de psoriasis es elevada y que cuando se aprecia sinovitis por MRI en un paciente con psoriasis y artralgiyas existe un alto riesgo de desarrollo de artritis.

Otro estudio del mismo grupo de la Universidad de Erlangen-Nuremberg (Simon D, et al. *Ann Rheum Dis* 2016;75:660) demostró que en pacientes con psoriasis sin artritis se aprecian entesofitos (mediante TC), con mucha mayor frecuencia que en controles sanos, lo que los autores denominan 'fenómeno de Koebner de las entesis'. La localización más frecuente es la cara dorsal y palmar de las cabezas de los metacarpianos, donde se insertan los tendones flexores y extensores.

Los trabajos del grupo de Erlangen nos muestran que en pacientes con psoriasis sin artritis existe inflamación subclínica analizada mediante MRI.

Los factores conocidos de desarrollo de artritis psoriásica son la obesidad, la afectación cutánea extensa y las localizaciones en cuero cabelludo, pliegue interglúteo y uñas. Habría que añadir, a tenor del estudio de Faustini et al., el dolor articular (subjetivo y objetivo), la discapacidad funcional y la sinovitis subclínica por MRI, si bien en el momento actual desconocemos si son factores de riesgo independientes de los clásicos.



Imagen modificada del fondo de imagen de la SER, Dr. FJ Toyos: Entesofitos y erosiones en las interfalángicas de las manos en artritis psoriásica.

## LES

### Riesgo cardiovascular en RELESSER

**Dr. José Rosas Gómez de Salazar**

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

**Eventos cardiovasculares en lupus eritematoso sistémico: datos del registro nacional español RELESSER Medicine (Baltimore).** *Fernández-Nebro A, Rúa-Figueroa Í, López-Longo FJ, et al. 2015;94(29):e1183.*

La tasa de supervivencia a los diez años en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) ha mejorado de forma considerable en los últimos 50 años, llegando al 92%. Sin embargo, a los 20 años, ha pasado del 44% al 84%, permaneciendo estable en los últimos años. Por otra parte, los pacientes de LES, tienen un riesgo de enfermedad coronaria de dos a diez veces superior al de la población general, siendo este especialmente superior en el grupo de pacientes jóvenes.

RELESSER es un registro nacional español, puesto en marcha en 2011, diseñado por el grupo de trabajo de la SER de enfermedades autoinmunes sistémicas, que incluye a 3.658 pacientes con LES, procedentes de 45 unidades de Reumatología.

#### El estudio

En este trabajo transversal, los investigadores evaluaban en los pacientes del registro RELESSER la frecuencia de eventos cardiovasculares (CV) y los factores de riesgo CV tradicionales asociados a arterioesclerosis. Se consideró evento CV a la cardiopatía isquémica (angor, infarto de miocardio), accidente cerebro-vascular (ACVA) y a la enfermedad arterial periférica. Se realizó análisis de regresión múltiple para investigar la relación entre los factores de riesgo y la arterioesclerosis.

De los 3.658 pacientes incluidos en RELESSER, 374 (10,9%) habían presentado algún evento CV. De ellos, 269 (7,4%) lo tuvieron después del diagnóstico de LES (86,2% eran mujeres; mediana de edad: 54,9 años [43,2-66,1]; con una media de duración de la enfermedad de 212 meses [120,8-289,0]. El ACVA fue el factor de riesgo CV más frecuente, en el 5,7% de los pacientes, seguido de la cardiopatía isquémica (3,8%) y la enfermedad arterial periférica (2,2%).

En el análisis multivariable, la odds ratio (intervalo de confianza al 95%), para los factores de riesgo de evento CV fue: edad: 1,03 (1,02-1,04), azatioprina: 1,47 (1,04-2,07), tabaquismo: 1,48 (1,06-2,07), serositis: 1,54 (1,09-2,18), anticuerpos antifosfolípidos: 1,57 (1,13-2,17), hipertensión arterial: 1,71 (1,20-2,44), complemento bajo: 1,81 (1,12-2,93), diabetes: 2,2 (1,32-3,74), hiperlipemia: 2,18 (1,54-3,09), neurolupus: 2,42 (1,56-3,75). Aunque en el análisis univariante, el tratamiento con antipalúdicos o AINE se asociaba con evento CV, no se confirmó en el análisis multivariable.

La edad media (DE) para el primer evento CV desde el diagnóstico de LES es de 48,6 (17,1) años, ocurriendo el evento CV después de una mediana de 10,4 años, tras el diagnóstico de LES.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que los pacientes con LES presentan una alta prevalencia de enfermedad CV y, además, prematura. Por otra parte, señalan una asociación entre la presencia de diabetes y eventos CV en pacientes con LES.

El registro RELESSER se ha convertido en uno de los que incluye mayor número de pacientes. En este caso, se debe resaltar que está realizado en población española y, por tanto, va a ir aportando datos de gran interés a los reumatólogos españoles. La prevalencia de evento CV es del 7,4%. Si bien es similar a la cohorte LUMINA, es sensiblemente inferior a la de otros registros europeos o americanos, a pesar de que nuestro registro incluye más pacientes con diabetes y tabaquismo. A este fenómeno se le ha denominado 'la paradoja española', que se caracteriza con una menor mortalidad CV a pesar de la presencia de los factores tradicionales de riesgo CV.

Los datos presentados en este estudio corresponden a la primera fase basal o TRANS. En la actualidad están introduciéndose los datos de la fase prospectiva de seguimiento o fase PROS, de la que se espera importante información de nuestros propios pacientes.

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

### Influencia del FAME en la supervivencia del primer anti-TNF

**Dr. José Rosas Gómez de Salazar**

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

**Efecto de la comedición con FAME sintéticos en la supervivencia del fármaco anti-TNF en pacientes con espondilitis anquilosante y espondiloartritis indiferenciada: resultados de un estudio nacional prospectivo.** Lie E, Kristensen LE, Forsblad-d'Elia H, et al, Grupo ARTIS. *Ann Rheum Dis* 2015;74:970-978.

Las espondiloartritis (SpA) son un grupo de enfermedades relacionadas con el HLA-B27, que se caracterizan por lumbalgia inflamatoria, entesitis, artritis (especialmente mono/oligoarticular asimétrica de miembros inferiores), asociado a psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y/o uveítis. En los pacientes con artritis reumatoide, diversos estudios y ensayos clínicos han mostrado que el uso concomitante de metotrexato a los fármacos anti-TNF, incrementa su eficacia. Sin embargo, este hecho no ha quedado aclarado en pacientes con SpA axial.

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de los FAME en la supervivencia de los fármacos anti-TNF, en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) y en pacientes con SpA indiferenciada (U-SpA). Los autores incluyeron los datos de 1.365 pacientes con EA y 1.155 pacientes con U-SpA, que habían iniciado tratamiento con adalimumab (28,1% vs 37,7%), etanercept (30,5 vs 49,1%) o infliximab (55,4% vs 60,7%), en el periodo 2003 a 2010, procedentes del registro nacional de fármacos biológicos sueco.

#### El estudio

Se analizó la supervivencia de los anti-TNF cinco años, por regresión de COX, en el que se tenía en cuenta la edad, género, estado socioeconómico, FAME basal, tipo de fármaco anti-TNF y año de prescripción. El grupo de pacientes con U-SpA, incluía mayor número de mujeres, psoriasis, EII y uveítis previa.

El 40,8% de los pacientes con EA y el 50,3% de los pacientes con U-SpA utilizaban algún FAME concomitante al inicio del estudio (metotrexato en el 78% de los pacientes). Durante los primeros cinco años, el 46,2% de los pacientes con EA y el 56,4% de los U-SpA, retiraron el anti-TNF, por pérdida de eficacia (37%) y por razones de seguridad (29%).

En el análisis no ajustado, la supervivencia del fármaco anti-TNF fue significativamente superior entre los pacientes con EA que usaban FAME ( $p < 0,001$ ), pero no entre los pacientes con U-SpA ( $p = 0,175$ ).

En el análisis multivariable, mediante regresión de Cox, el uso concomitante de FAME se asoció con mayor supervivencia del anti-TNF, tanto en los pacientes con EA (HR: 0,71,  $p < 0,001$ ), como en los pacientes con U-SpA (HR 0,82,  $p = 0,020$ ). Esta asociación se mantenía al ajustar por la VSG, PCR, número de articulaciones inflamadas, uveítis, psoriasis o EII.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que en pacientes con EA o U-SpA el uso concomitante de FAME se asocia con una mayor supervivencia en el primer anti-TNF a los cinco años.

Es muy probable que si hay artritis periférica el reumatólogo use algún FAME en pacientes con SpA y/o EA. Sin embargo, suele ser una decisión personal si el paciente presenta afectación exclusivamente axial. De hecho, el grupo ASAS y EULAR no han incluido una recomendación para hacerlo, en el tipo axial puro, basados en que no hay evidencia suficiente. Hasta el momento, se han publicado algunos estudios randomizados que incluyen pocos pacientes con resultado contradictorios.

Los autores de este estudio comentan que este hecho beneficioso encontrado en este tipo de pacientes puede deberse, entre otros, a que el FAME disminuye la probabilidad de aparición de anticuerpos anti-fármaco biológico, disminuyendo su eficacia, a otros posibles mecanismos antiinflamatorios del FAME asociados o ser incluso un factor de confusión. Aunque el FAME se usó con más frecuencia en pacientes con artritis periférica, el efecto positivo se mantuvo al ajustar por la presencia de artritis.

Quedan pendientes aspectos por aclarar en este tema: ¿es indiferente el anti-TNF?, ¿qué dosis de metotrexato se precisaría para alcanzar beneficio?, ¿qué influencia tiene la posible inmunogenicidad del anti-TNF?

## Ganar mayor visibilidad, uno de los objetivos de la Sociedad Murciana de Reumatología

**El Dr. Pablo Mesa del Castillo, nuevo presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología y reumatólogo de Hospital Virgen de la Arrixaca, nos comenta propósitos y retos al frente de esta sociedad científica**

### ¿Cuáles son los objetivos principales que se plantea al frente de la presidencia de la Sociedad Murciana de Reumatología?

Lo más importante en este momento para la Sociedad es conseguir una unión fuerte entre sus socios y lograr una mayor visibilidad de la Reumatología entre los murcianos. Para ello me gustaría culminar tres proyectos fundamentales: una página web moderna e integrada, un congreso regional que espero sea memorable y, por último, celebrar en 2017 el 25 aniversario de la creación de la Sociedad como muestra de nuestra madurez.

### ¿Qué retos se plantea su sociedad científica en la Comunidad Autónoma de Murcia?

La Reumatología está bien representada en la

CCAA de Murcia, con 33 profesionales en los distintos hospitales generales y comarcales. Aun así, todavía hay dos zonas en las que los pacientes no tienen acceso a la Reumatología en sus hospitales de referencia y tienen que desplazarse hasta 100 kilómetros para acudir a consulta. Este es uno de los retos que nos planteamos. También queremos mejorar la divulgación de la Reumatología entre el público, trabajar con las asociaciones de pacientes y otros colectivos médicos para colocar a la Reumatología en el lugar que se merece como especialidad de alto valor añadido.

### ¿En qué están trabajando actualmente?

Se han constituido varios grupos de trabajo compuestos por profesionales de varios hospitales regionales que comparten interés por patologías concretas (artritis reumatoide, espondiloartritis, uveítis, etc.). Los grupos de trabajo son una iniciativa magnífica para aunar esfuerzos y avanzar en el conocimiento de enfermedades de interés común para los reumatólogos, suponen un foro de colaboración y actualización, fuente de publicaciones y estímulo para el día a día de nuestros socios.

### Próximamente celebrarán su XII Congreso Regional de Reumatología, ¿qué nos puede adelantar del mismo?

Será los días 14 y 15 de octubre en La Manga del Mar Menor. El programa científico incluye mesas en artritis reumatoide, espondiloartritis y metabolismo óseo y una conferencia magistral. También inauguramos un formato novedoso de casos clínicos 'En los confines de la Reumatología' y un concurso de casos clínicos en homenaje al recientemente fallecido y socio honorífico de la sociedad, D. Pedro Castellón de Arce.



## XXIII Reunión de la Sociedad Canaria de Reumatología

**Durante el encuentro se expusieron las tesis doctorales sobre la unidad multidisciplinar de fracturas, la enfermedad periodontal en artritis reumatoide (AR) y los factores predictores de remisión en AR**

Los días 17 y 18 de junio se celebró en Las Palmas de Gran Canaria la XXIII Reunión de la Sociedad Canaria de Reumatología. En la jornada del sábado se presentó la sesión interactiva de imágenes en Reumatología, seguido de la exposición de tres tesis doctorales leídas por reumatólogos canarios sobre los siguientes temas: unidad multidisciplinar de fracturas, enfermedad periodontal en artritis reumatoide (AR) y factores predictores de remisión en AR.

La jornada del sábado comenzó con la conferencia sobre 'Infecciones en Reumatología', a cargo de la Dra. Michele Hernández quien habló sobre la prevención de infecciones en pacientes que van a recibir terapia biológica, en particular el protocolo de vacunación recomendado.

En la mesa 'Reumatología en Canarias' se presentaron estudios llevados a cabo en los servicios de Reumatología de la comunidad canaria relacionados con ecografía carotídea en artritis y lupus, consulta de lumbalgia, reumatismos no inflamatorios en la infancia y coste-efectividad de las terapias biológicas. La reunión concluyó con dos ponencias de

actualización en terapias biológicas en lupus y en espondiloartritis.

### **Reumatología en Fuerteventura**

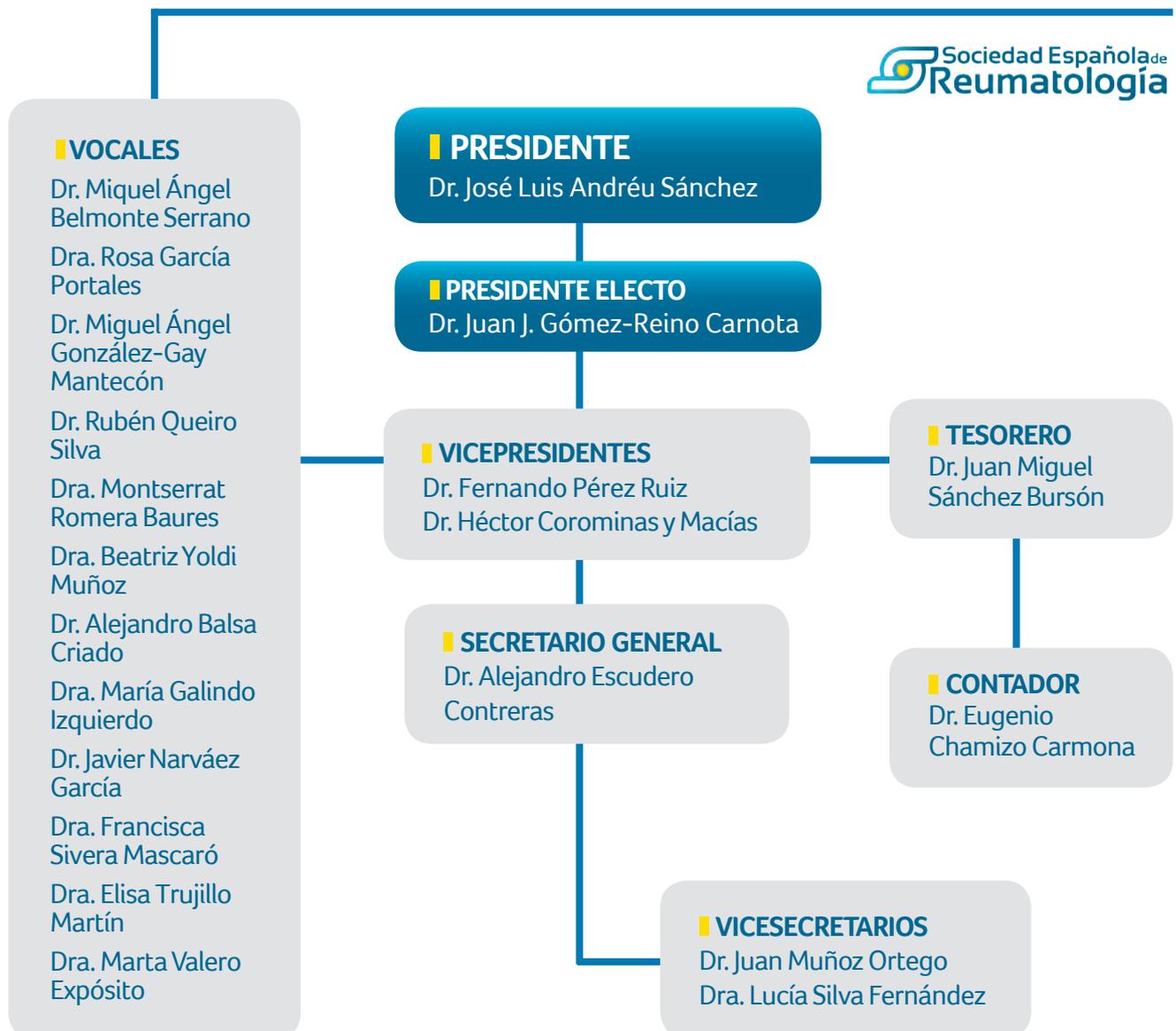
Asimismo, durante la Asamblea se trató un tema que preocupa a los reumatólogos canarios y es el que haya islas con más de 100.000 habitantes, como la de Fuerteventura, que no tenga aún un reumatólogo. Existe, por tanto, la necesidad de la creación de una plaza de Reumatología en Fuerteventura, por lo que se llegó al acuerdo de solicitar una cita con la Consejería para abordar la situación e intentar que se solvete.



# Conoce a los nuevos miembros de la Junta Directiva

Recientemente, el Dr. José Luis Andréu Sánchez ha tomado posesión de su cargo como nuevo Presidente de la SER. Durante los dos próximos años estará acompañado por una Junta Directiva empeñada en seguir mejorando la Sociedad. A continuación nos desvelan cuáles serán sus líneas de trabajo

## NUEVA JUNTA DIRECTIVA (2016 – 2018)



# Objetivos y retos para el nuevo Presidente de la SER

**El Dr. José Luis Andréu Sánchez se aventura a estos dos años al frente de la Sociedad Española de Reumatología con optimismo y ganas de seguir mejorando la Sociedad para los socios, para los pacientes y para ganar visibilidad entre la población**

## ¿Qué supone para usted ser Presidente de la SER?

Ser Presidente de la SER supone un honor, un reto y un compromiso. Un honor por ser, durante los próximos dos años, el representante de la Reumatología española ante la sociedad civil, las autoridades, los compañeros de otras especialidades y los pacientes. Un reto consistente en potenciar el papel de la Reumatología española y en optimizar la consecución de nuestros estatutos de una forma sostenible, transparente y eficaz. Y un compromiso de trabajar codo con codo con el resto de la Junta Directiva con imaginación, eficiencia y rigor para hacer a la SER aún más grande, mejor, más participativa y más útil para los pacientes reumáticos y los reumatólogos.

## ¿Qué objetivos se plantea?

Los principales objetivos para estos próximos dos años son:

- Potenciar el liderazgo de la SER como proveedor de la formación médica continuada independiente y de alto valor añadido que los reumatólogos españoles y profesionales afines que atienden al paciente con enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas demandan.
- Incrementar el prestigio y la actividad de nuestra Unidad de Investigación.
- Consolidar los servicios al socio, optimizando los recursos invertidos en las diferentes acciones de la SER dirigidas a sus asociados.
- Regularizar todas las iniciativas externas de los socios para que continúen brindando una herramienta útil para la consecución de los fines estatutarios de la SER desde una transparencia absoluta y el más estricto cumplimiento del marco legal en el que nos desenvolvemos.
- Colaborar con las asociaciones de pacientes y de pro-



fesionales sanitarios interesados en la atención del paciente con enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas para establecer tácticas sinérgicas de interés recíproco.

- Colaborar con los grupos de trabajo para que continúen siendo un motor de innovación y creatividad, siempre desde el seno de la SER y con lealtad hacia la institución.

## ¿Qué retos destacaría en el ámbito de la Reumatología?

En los próximos meses se va a producir un cambio profundo en las relaciones entre los profesionales sanitarios y sus fuentes de financiación en programas formativos y de investigación. La SER ha de estar preparada para asumir estos retos y vamos a apostar por la transparencia más absoluta y por la lealtad frente a nuestros pacientes y frente a la sociedad española. La ejecución de actividades formativas y de investigación de alto valor añadido para el paciente, para el reumatólogo y para la sociedad civil es el camino que asegurará el liderazgo de la SER en formación, investigación y servicios al socio.

## ¿Cómo ve el futuro de la SER?

Nos enfrentamos a objetivos y retos importantes y difíciles. Pero afrontamos el futuro con optimismo. Tenemos una sociedad científica modélica. Su masa societaria posee un elevadísimo nivel técnico y científico. Nuestra Junta Directiva, imaginativa y trabajadora, dotará a la SER de un impulso político fértil que se hará realidad a través de unos profesionales que trabajan en la SER desde hace muchos años y que añaden, a una capacitación técnica increíble, un compromiso y lealtad con la institución realmente admirable. Con estos componentes, el éxito está a nuestro alcance y lo vamos a conseguir.

## NUEVOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA



### Dr. Héctor Corominas. Vicepresidente

#### ¿Qué objetivos se plantea como nuevo Vicepresidente de la SER?

La SER es una Sociedad seria, consolidada y eficiente. Como Vicepresidente intentaré aportar nuevas ideas, apoyar cualquier nueva propuesta de los socios y, sobre todo, aproximar todavía más si cabe la SER a los jóvenes reumatólogos. Mi rol en la Junta es de colaboración. Somos reumatólogos de distintas áreas geográficas y de hospitales de diferentes niveles asistenciales lo que nos permite ver una Reumatología muy amplia y para todos los socios.

#### ¿Qué espera de esta nueva etapa?

La SER invierte mucho en la formación y gracias a ella hemos ido mejorando la especialidad, que desde hace unos 15 años, con la llegada de los biológicos y la implementación de técnicas de diagnóstico (ecografía, capilaroscopia, artroscopia, microscopía) ha dado un salto de calidad en formación continuada, siendo de las más admiradas entre otras sociedades científicas. Espero poder contribuir a que sea más abierta, dinámica y que la información de ayudas, becas, y cursos llegue a todos los centros de toda la geografía del país. La idea básica será consolidar lo excelente, mejorar lo existente y apoyar todo lo emergente de calidad.

#### ¿Qué va a aportar a esta nueva Junta Directiva?

La cara visible de la Junta es su Presidente. Detrás, todos colaboramos para ser más eficientes, científicos y rigurosos. Estoy seguro de que la línea iniciada hace años, y seguida en la Junta saliente, la actual y la que ya está elegida, será la de servir a los socios, promover la formación y ayudar a los más jóvenes que están sufriendo muchas dificultades actualmente. La SER y su nueva Junta será el vehículo para canalizar la ayuda para estos y ayudarles en su formación a la espera de consolidar sus puestos de trabajo.

Necesitamos dar visibilidad a los proyectos que se realizan, dar a conocer las actividades y difundir el concepto que la SER es una sociedad científica ante todo y debe promover lo que hacemos, el por qué y dónde queremos ir como Sociedad. La colaboración con las sociedades autonómicas, la defensa de todos los socios reumatólogos de centros públicos y privados y el estímulo para realizar trabajos de colaboración y su publicación como Sociedad, debe ser también un objetivo.

Nos espera un futuro interesante y la SER va a estar aquí para apoyar a los socios que son el elemento clave. La Junta solo debe dar voz a sus inquietudes y recoger sus propuestas, analizarlas y darles difusión.



### Dr. Alejandro Escudero. Secretario General

#### ¿Cómo se enfrenta a esta nueva etapa como Secretario de la SER?

Con gran entusiasmo por incorporarme a esta Junta Directiva encabezada por el Dr. Andréu, para contribuir en el desarrollo y consecución de nuevos proyectos para llevar a nuestra Sociedad hasta el más alto nivel científico.

#### ¿Qué aspectos considera que se deben potenciar o mejorar dentro de la organización?

Creo que en este momento, la SER se encuentra en un buen nivel científico, con numerosos cursos de formación y guías

de práctica clínica. Sin embargo debemos potenciar, pues lo considero clave, la participación e implicación de todos los socios en estos y otros proyectos, con independencia de que el trabajo se desarrolle en grandes complejos hospitalarios o en comarcales. De ahí que sea fundamental aumentar la difusión y facilitar el acceso vía web a todos los profesionales acerca de nuevos proyectos, cursos online, reuniones científicas, etc., y que se fomente su participación.

#### ¿Cómo ve la SER dentro de dos años?

Como modelo y referente nacional de la buena práctica clínica y de la investigación científica en el campo de la Reumatología.

## Dra. Lucía Silva. Vicesecretaria



### ¿Qué objetivos se plantea como nueva Vicesecretaria de la SER?

Durante los próximos dos años seré la coordinadora de la Comisión de Becas y Premios y de la de Fondo Documental y Publicaciones, así como de la Subcomisión de Formación Continuada.

Con respecto a las becas y premios, nuestro objetivo es mantener y ampliar la oferta actual, optimizando los recursos en atención a las necesidades de los socios. Recientemente se han ampliado las becas EULAR para trabajos en artritis reumatoide y nuestra intención es mantenerlas. También pretendemos ampliar la oferta de premios incluyendo reconocimientos a las mejores comunicaciones durante el congreso nacional y al mejor original del año en Reumatología Clínica.

La Comisión de Fondo Documental y Publicaciones pretende reeditar los manuales SER de enfermedades reumáticas, enfermedades autoinmunes sistémicas, Reumatología Pediátrica y enfermedades metabólicas óseas. Probablemente uno de los objetivos más importantes de esta Comisión sea el de conseguir incluir la Reumatología Clínica en el Science Citation Index de Thomson Reuters. Nos planteamos también reactivar la edición de Seminarios de la Fundación Española de Reumatología, ya que era una revista bien valorada por los socios y fundamental para la formación médica continuada.

En la Subcomisión de Formación Continuada trabajaré bajo la coordinación de los Dres. Pérez Ruiz y Sivera. Mantendremos

la actual oferta formativa, que sigue teniendo mucha demanda entre los socios y es percibida como de calidad por los asistentes. Intentaremos también ampliar la oferta actual de cursos a residentes y recuperar los que se hacían en el pasado como los de investigación.

### ¿Cuál es el principal reto de la SER?

Yo creo que el principal reto de esta nueva Junta Directiva es no defraudar a los socios y, al menos, mantener la diversidad y calidad de los servicios que la SER presta actualmente. Los retos de la SER siempre incluirán el fomentar la investigación, la formación y la excelencia asistencial en Reumatología, así como la difusión de la especialidad y del papel del reumatólogo en la sociedad.

### ¿Qué cree que va a aportar a la organización en estos próximos cuatro años?

Como socia de la SER siempre he participado en muchas de sus actividades, sobre todo en las relacionadas con las comisiones de las que voy a formar parte. He tenido la suerte de recibir diversas becas en las distintas categorías que la SER ofrece, he asistido a numerosos cursos y actividades formativas y he participado en varias publicaciones SER. Creo que con esta experiencia lo más importante que puedo aportar a estas comisiones es la perspectiva del socio usuario de estos servicios, ayudando a mejorarlos y adaptarlos mejor a las necesidades de los socios.

## Dr. Eugenio Chamizo. Contador



### ¿Por qué apostó por formar parte de la nueva Junta Directiva de la SER?

Me identifico con el programa del Dr. José Luis Andréu y desde el principio de la candidatura lo he apoyado activamente. El ofrecimiento de formar parte de la Junta Directiva me pareció una oportunidad de colaborar con la sociedad científica que me representa y en el desarrollo de un programa con el que me identifico.

### ¿Qué meta se plantea para estos próximos años?

Ser útil desempeñando las tareas encomendadas en Responsabilidad Social Corporativa, Finanzas y Grupos de Trabajo y colaborando con los coordinadores de Guías y Consensos y

Relaciones Profesionales.

### ¿A qué retos considera que se debe enfrentar la SER en la actualidad?

En mi opinión, tenemos la oportunidad de adecuar los recursos de la SER a las necesidades reales del colectivo y hacerlo con la máxima transparencia, así como impulsar el desarrollo de la Reumatología en el Sistema Público de Salud para atender las necesidades de los pacientes y potenciar la presencia de la especialidad en la sociedad mediante la difusión de las diversas actividades que se realizan desde la SER.



## Dr. Alejandro Balsa. Vocal

### ¿Qué aspectos considera que se deben mejorar en la SER?

La Sociedad Española de Reumatología es una sociedad científica ya muy madura y con una trayectoria muy sólida y reconocida desde hace años. Yo no creo que la palabra correcta sea mejorar, no hay ningún área que tenga un servicio deficiente, por lo que más que utilizar la palabra mejorar yo diría cambiar.

Los tiempos cambian, las demandas de nuestros pacientes cambian, la atención sanitaria cambia, las compañías farmacéuticas también cambian, se incorporan socios cada vez más jóvenes y más ávidos de información, muchas veces no presencial, y todo eso obliga a que las sociedades científicas también cambien para seguir dando a los socios y a la sociedad el servicio que en cada momento es necesario.

### Como coordinador de la Comisión de Investigación, ¿qué objetivos se plantea?

El objetivo más importante es finalizar con éxito los proyectos que ya han empezado. Para eso hay que hacer un esfuerzo para apoyar todos aquellos que están retrasados en sus objetivos o que tienen dificultades técnicas o humanas.

El segundo aspecto es el de seguir manteniendo la incorporación de nuevos proyectos científicos. Es evidente que un proyecto científico sin los recursos materiales necesarios está destinado al fracaso y es de esperar que en los próximos cuatro o cinco años los recursos designados a investigación sanitaria en general no sólo creo que se mantendrán, sino que incluso podrían reducirse, por lo que el reto es seguir produciendo lo mismo, en cantidad y en calidad probablemente con menos recursos.

Un aspecto fundamental en los próximos cuatro años es la inclusión en el mercado sanitario de los biosimilares en Reumatología. El seguimiento de los efectos secundarios de estos fármacos es algo imprescindible y a lo que estamos obligados todos los reumatólogos. Apoyar el registro de biológicos con la inclusión de los biosimilares será uno de los mayores retos y éxitos si lo conseguimos.

### ¿Qué espera de esta nueva etapa?

En esta nueva etapa espero un periodo de cuatro años de tranquilidad, mucha colaboración, mucha imaginación y mucha ilusión para poder realizar los proyectos que tenemos pensados.



## Dra. María Galindo. Vocal

### Vuelve a la Junta Directiva tras su anterior cargo como Secretaria (2012-2014), ¿qué le ha animado a repetir?

Colaborar en la gestión de la Sociedad de la que todos somos miembros con el objetivo de dar servicio y soporte a la investigación y a la mejora de la asistencia a nuestros pacientes debería ser algo que todo socio se planteara en algún momento. Haber trabajado en la Junta Directiva presidida por el Dr. Santiago Muñoz me ha permitido aprender aspectos relacionados con nuestra especialidad que me eran desconocidos. Por eso, al recibir la propuesta de formar parte del equipo de la nueva Junta, que me brindó el Dr. José Luis Andréu, no he dudado en aprovechar la oportunidad de seguir colaborando con la Sociedad y contribuir en el desarrollo de los objetivos de su programa.

### ¿Qué objetivos se plantea para esta nueva etapa?

De acuerdo con la decisión del Dr. Andréu, corroborada por el resto de la Junta, voy a coordinar las Comisiones de Programas Científicos y de Iniciativas Externas de Socios (IES).

Mi función en ambas está alineada con lo definido por los estatutos y la misión de la SER.

Desde la Comisión de Programas Científicos se velará para que los programas del Congreso Nacional y los simposios anuales sigan siendo de la máxima calidad, buscando incluir todos los aspectos relevantes de nuestra especialidad.

El objetivo de la Comisión de IES es prestar un servicio al socio de la SER y a la industria farmacéutica u otras entidades, gestionando aportaciones en dinero o especie en el primer caso, o cediendo la infraestructura de la FER para realizar una actividad o proyecto de interés para ambas partes, en el segundo.

### ¿Cómo ve la SER dentro de cuatro años?

Por mi experiencia en la participación previa en la Junta Directiva y el conocimiento personal de los miembros de la actual, estoy convencida de que seguirá incrementando su capacidad de ayudar a los socios, así como de fomentar la investigación y el conocimiento de nuestra patología, tal como definen los estatutos de la SER. En definitiva, será una Sociedad más fortalecida.

## Dra. Francisca Sivera. Vocal



### ¿Por qué se ha implicado en esta nueva Junta Directiva?

Cuando el Dr. Andréu me brindó la oportunidad de sumarme a su proyecto para la SER de los próximos dos años, como co-coordinadora de la Comisión de Formación, no lo dudé. Mi interés en la formación es conocido desde hace años, ya que he realizado la tesis sobre las diferencias europeas en la formación post-graduada en Reumatología, he formado parte de ESCET en EULAR y de la sección de Reumatología de la UEMS. Poder implicarme en la oferta formativa de la SER es un reto en el que participo con ilusión y trabajo.

### ¿Qué objetivos se plantea para esta nueva etapa?

La SER ofrece una oferta formativa de calidad que es per-

cibida como altamente útil por los asistentes y reumatólogos. Nos planteamos mantener la oferta formativa, e incluso ampliarla y mejorarla, para cubrir algunas áreas de interés en áreas frontera o en competencias transversales como la investigación.

### ¿Cómo ve la SER dentro de cuatro años?

Es difícil hacer predicciones a medio plazo. Actualmente la SER esta en una posición extremadamente consolidada como sociedad científica de referencia en Reumatología. A lo largo de estos cuatro años trabajaremos para consolidar esta posición, para crear alianzas estratégicas dentro y fuera de España y para continuar el espíritu inclusivo de todos los socios.

## Dra. Elisa Trujillo. Vocal



### ¿Cuáles serán sus funciones dentro de la nueva Junta Directiva?

Me encargaré de coordinar la Comisión de Guías de Práctica Clínica y Consensos. Es una actividad que me produce gran satisfacción porque considero que una importante función de la SER debe ser trabajar para que los profesionales dispongan de un cuerpo de respuestas, expuestas de forma sencilla e independiente, con el mayor rigor metodológico, sobre los niveles de evidencia científica que avalan la eficacia y seguridad de los diversos diagnósticos y tratamientos utilizados en Reumatología.

Además, formaré parte de otras dos comisiones: la de Publicaciones y la de Declaración de Interés Científico.

### ¿Qué objetivos se plantea en esta nueva etapa?

Como coordinadora de la Comisión de Guías de Práctica Clínica y Consensos trabajaré para sacar adelante los próximos consensos y GPC decididos en la Junta. La elaboración de estos documentos exige mucho consumo de recursos, tiempo y tienen un alto grado de complejidad.

Dentro de este mismo objetivo, trabajaré en la Junta para fomentar y extender la práctica rigurosa entre los reumatólogos de la realización de las revisiones sistemáticas, principal herramienta de la que disponemos para generar

evidencia. El avance de la Medicina Basada en la Evidencia precisa del trabajo de profesionales clínicos, la participación activa de los médicos, para incluirla en la realidad clínica, que es su razón de ser. En este sentido, es imprescindible potenciar y ampliar el Grupo de Reumatología basada en la evidencia de la SER.

### ¿Cuál es el principal reto de la SER?

Creo que no ha cambiado, es siempre posicionar la Reumatología como la especialidad médica de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes.

Debemos avanzar en el reconocimiento del reumatólogo en la patología del aparato locomotor, en procesos de alta prevalencia que asumen desde hace años en el sistema público y privado otras especialidades, pero nunca olvidar que son las enfermedades inflamatorias y autoinmunes la esencia de nuestra especialidad y las que nos convierten en lo que somos, una rama especializada de la Medicina Interna.

Para conseguir este objetivo, la SER debe establecer alianzas estratégicas, pactos y acuerdos de colaboración con todas las personas, instituciones y agencias que ayuden a nuestra sociedad a difundir el reconocimiento de la

Reumatología dentro de la comunidad.

En el campo de la investigación, la SER debe estimular la realización de ensayos clínicos independientes, especialmente en aquellas áreas donde el déficit de conocimiento es mayor y es difícil conseguir financiación por otras vías.

El otro gran reto es continuar con el excelente programa de formación continuada de la SER para sus socios, para mantener y mejorar no solo los conocimientos sino tam-

bién las habilidades en el desempeño profesional. Este programa debe incluir tanto los conocimientos especializados como los transversales.

En los próximos años, los profesionales sanitarios deberán adaptarse al entorno de Salud 3.0: el paciente proactivo, los dispositivos móviles, las TICSalud (Tecnologías aplicadas a la Sanidad), la Big Data en Salud... La SER debe estar preparada para afrontar estos cambios y contribuir a la formación de sus socios en este nuevo entorno.



## Dra. Marta Valero. Vocal

### ¿Qué espera aportar a la nueva Junta Directiva de la SER?

Aportaré toda mi dedicación y esfuerzo en desarrollar los objetivos propuestos por la nueva Junta Directiva. Tras una década de experiencia en la Medicina privada, daré el punto de vista de los reumatólogos que trabajan en este medio para encontrar líneas de desarrollo que mejoren la situación de nuestros compañeros de este colectivo.

### ¿Qué objetivos se plantea en esta nueva etapa?

Planteo continuar las líneas de trabajo que inició la doctora Yoldi en la Junta anterior, en lo referente a la mejora de los servicios al socio, así como en la comunicación entre los compañeros que trabajan en el medio privado, a veces en situación de aislamiento y, en otras, sin recursos con los que afrontar una negociación con las direcciones hospitalarias o las compañías aseguradoras.

Me gustaría mantener, incentivar y mejorar alguna de las prestaciones como son la biblioteca y la consultoría clínica y retomar servicios como el de la traducción para los socios. Al mismo tiempo, considero que hay que abrir

vías de comunicación de la SER con las compañías aseguradoras para encontrar líneas de negociación sobre los baremos y las coberturas de las terapias biológicas en el medio privado.

Espero, además, colaborar en la Comisión de Comunicación y Relaciones con los Pacientes para aumentar la visibilidad de la Reumatología y mejorar aún más la percepción externa de nuestra especialidad.

### ¿Cuáles son sus expectativas?

Trabajar en equipo con un grupo de compañeros muy cualificados y de los que espero aprender mucho. Todo un reto, y un verdadero orgullo, en el que espero aportar mi granito de arena para mejorar las prestaciones a los socios, así como la situación de nuestros compañeros, sea cual sea el medio en el que desarrollen su actividad profesional.



[ Prof. Juan José Gómez-Reino Carnota ]

## Biobadaser 3.0 añadirá aportaciones rigurosas sobre las nuevas moléculas

**El profesor Juan José Gómez-Reino Carnota, investigador principal del proyecto Biobadaser (Registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas), nos explica las novedades y expectativas de esta iniciativa**

### **Hace unos meses ha arrancado la fase III de este proyecto. ¿Qué objetivos se plantean para esta?**

Los objetivos globales no han cambiado respecto a versiones anteriores. El nuestro es un registro de seguridad, que se le han añadido algunos objetivos de eficacia. Adicionalmente, permitirá analizar la seguridad de los biosimilares y, en el futuro, de las pequeñas sintéticas dirigidas contra dianas intracelulares.

### **¿Cuál será el proceso a seguir en esta fase y cuándo finalizará?**

Van a existir dos fases en el desarrollo de Biobadaser 3.0. En la primera se incorporarán nuevas unidades de Reumatología que han expresado su deseo de hacerlo. En la segunda, seguirán aquellas que hayan realizado su trabajo de la forma más ajustada y con mayor consistencia.

### **¿Qué se logrará con el proceso de monitorización?**

Las monitorizaciones tienen como objetivo comprobar que los datos incluidos en el Registro se han introducido de forma completa y correcta. La consistencia de los datos es más importante que el número de casos y eso solo se puede hacer a

través de las monitorizaciones.

### **¿Se espera algún cambio significativo respecto a la fase anterior?**

En cuanto a la solidez de los resultados no lo creo. Si se revisa la contribución en los pasados años de Biobadaser a la definición del perfil de seguridad de los biológicos uno llega a la conclusión que ha sido llamativa. La nueva fase podría añadir datos de seguridad y algunos de eficacia de los nuevos biológicos y de las nuevas moléculas. Espero que tenga un papel importante en la definición del perfil de seguridad de los biosimilares.

### **A su juicio, ¿qué valor aporta este proyecto de la SER?**

Yo me contentaría con que continuara en la senda marcada y que añadiera aportaciones rigurosas sobre las nuevas moléculas.

### **¿Qué importancia tiene este estudio a nivel internacional?**

Siempre es difícil hacer valoraciones de algo con lo que está estrechamente relacionado. Creo, sin embargo, que Biobadaser ha sido la iniciativa de la SER que posiblemente le ha dado más visibilidad y reconocimiento a nivel internacional.

¿Qué  
debo  
saber...

### Autoras



► **Dra. Emma Beltrán Catalán**  
Servicio de Reumatología del  
Hospital del Mar, Barcelona.

► **Dra. Marisa Hernández  
Garfella**  
Servicio de Oftalmología  
Hospital General, Valencia.

## ... sobre la enfermedad de VKH?

La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH), o síndrome uveomeningeo, es un proceso inflamatorio granulomatoso autoinmune y multisistémico mediado por linfocitos Th1. El objetivo principal en esta entidad son las células que contienen melanina, presentes en el ojo, las meninges, el oído interno, la piel y el pelo.

En 1950 fue acuñado el nombre Vogt-Koyanagi-Harada para describir la constelación de síntomas que constituyen esta enfermedad. Históricamente en 1906, Alfred Vogt en Suiza describió a una paciente con inflamación ocular del segmento anterior junto con poliosis y vitiligo. Veinte años más tarde (1926), Harada describe un síndrome que incluye una fase prodrómica con mal estado general e irritación meníngea, uveítis bilateral con desprendimiento seroso de retina de resolución espontánea, linfocitosis de el líquido cefalorraquídeo y alteraciones auditivas. Poco después (1929), Koyanagi publicó un artículo de revisión que asocia la uveítis bilateral no traumática con poliosis, vitiligo, alopecia y alteraciones auditivas.

Clínicamente, a nivel ocular, se caracteriza principalmente por una panuveítis granulomatosa bilateral, frecuentemente asociada a desprendimiento exudativo de retina multifocal, además, asocia manifestaciones extraoculares: neurológicas, auditivas y dermatológicas (figuras 1-3).

Su incidencia es más alta entre los 20 y 50 años de edad, con mayor predilección por el género femenino y razas pigmentadas frente a caucásicas.

La etiología es desconocida, aunque los análisis inmunogenéticos permiten sugerir una fuerte asociación con ciertos HLA (DR4, DRB1, DR53) y genes de la familia de la tirosinasa que condicionan una susceptibilidad genética a padecer la enferme-

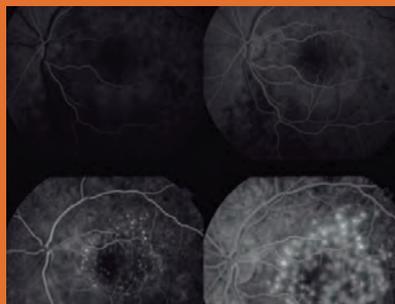
dad. Se ha sugerido la existencia de una reacción inmune de tipo directo contra antígenos de células que contengan melanina, como consecuencia de una lesión cutánea o una infección, en personas genéticamente susceptibles. Recientemente se ha definido un nuevo autoantígeno del síndrome, el KU-MEL-1, formando parte HLADRB1, que podría ser utilizado para el diagnóstico de la enfermedad.

A nivel ocular se produce una reacción inflamatoria uveal granulomatosa con presencia de linfocitos y células epitelioides. En fases agudas, hay preponderancia de linfocitos CD4+, mientras que en fase de convalecencia son los CD8+. En fases crónicas, se observa la desaparición de los melanocitos coroideos y alteraciones del epitelio pigmentario de la retina.

### Clínica

La evolución de la enfermedad se divide en cuatro estadios clínicos: prodrómico, uveítico agudo, de convalecencia y crónico recurrente.

1. Fase prodrómica: Cuadro sistémico de tres a cinco días de duración que se caracteriza predominantemente por manifestaciones neurológicas y auditivas. Los síntomas pueden incluir fiebre, cefalea, dolor orbitario, náuseas, meningismo, disacusia, vértigo, tinnitus e hipersensibilidad del cuero cabelludo.
2. Fase uveítica aguda: Se caracteriza por una coroiditis difusa con engrosamiento coroideoposterior de predominio peripapilar y múltiples desprendimientos de retina (DR) exudativos, que pueden evolucionar a grandes DR bullosos. La inflamación puede afectar al segmento intermedio y anterior en forma de vitritis y uveítis granulomatosa con precipitados queráticos en grasa de carneiro y nódulos en el iris. Clínicamente



## Criterios diagnósticos de la Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada revisados en el año 2001

**Figura 1:** Biomicroscopía de polo anterior que muestra una uveítis anterior con tyndall +, sinequias posteriores y precipitados queráticos granulomatosos; **Figura 2:** Funduscopia donde se observaban múltiples desprendimientos serosos de retina más evidentes en la angiografía fluoresceínica (AGF) donde se aprecian múltiples puntos hiperfluorescentes en 'cielo estrellado'; **Figura 3:** Alopecia difusa no cicatricial.

se traduce en una pérdida de visión significativa que suele ser bilateral (aunque puede ser discretamente asimétrica, con una diferencia entre la afección de ambos ojos de uno a tres días) y normalmente coincide con la visita al oftalmólogo.

3. Fase convaleciente: Aparece la despigmentación corioidea, la poliosis, el vitiligo y la alopecia, la duración puede ser de meses hasta años.
4. Fase crónica recurrente: Aparición de una uveítis anterior granulomatosa recurrente que ser resistente al tratamiento corticoideo para el control de la inflamación intraocular. La uveítis posterior recurrente es poco frecuente, suele aparecer en los seis primeros meses de la enfermedad y deberse a una disminución demasiado rápida del tratamiento corticoideo.

### Diagnóstico

No existen test específicos para confirmar el diagnóstico, siendo fundamentalmente clínico. Para ello se utilizan los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Uveítis (Tabla 1). Se define como enfermedad de VKH completa cuando el paciente cumple los criterios del uno al cinco, incompleta si se cumplen del uno al tres, más el cuarto o quinto criterio, y probable cuando solo están presentes los criterios oculares del uno al tres. En las tres categorías diagnósticas se requiere afección ocular bilateral y ausencia de historia traumática.

En la exploración oftalmológica realizamos: 1. Angiografía fluoresceínica (fase aguda): Tiempos precoces: retraso de llenado coroideo. Tiempos intermedios: puntos hiperfluorescentes múltiples en 'cielo estrellado'. Tiempos tardíos: desprendimientos serosos de retina. 2. Angiografía con verde de indocianina: en fase aguda muestra áreas activas hipofluorescentes. 3. En la ecografía ocular: se objetiva un engrosamiento corioideo y escleral. 4. En la tomografía de coherencia óptica suelen aparecer desprendimientos serosos múltiples y aumento del grosor corioideo. El hecho de que los desprendimientos aparezcan tabicados es un signo típico de VKH.

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con varias entidades como la oftalmía simpática, el linfoma primario de células B, la escleritis posterior y el síndrome de efusión uveal. También con otras patologías que afectan a la coroides, tanto de causa infecciosa como no infecciosa: tuberculosis, sífilis, sarcoidosis y otras coroiditis no granulomatosas. No debe existir evidencia clínica ni de laboratorio de otras causas de uveítis. Se cree que la instauración de un tratamiento precoz y agresivo podría evitar la progresión de formas incompletas a completas de la enfermedad.

### Tratamiento

No existe una pauta establecida en el tratamiento a seguir. Se han utilizado diferentes fármacos en el tratamiento del

VKH recidivante, con eficacia variable.

Los glucocorticoides sistémicos son el fármaco de elección en la fase aguda de la enfermedad. La dosis inicial, la duración del tratamiento y la pauta descendente deben individualizarse en cada paciente. Tanto por vía oral como intravenosa se han mostrado eficaces en el tratamiento. No se han objetivado diferencias significativas en el pronóstico visual y las complicaciones oculares secundarias entre los pacientes que recibieron corticosteroides orales versus intravenosos. Sin embargo, si describen una recurrencia mayor de la inflamación y un peor pronóstico visual cuando los esteroides orales se retiraron antes de los seis meses de tratamiento.

En la práctica clínica habitual, cuando nos encontramos con casos graves, como en el desprendimiento seroso de retina, la administración inicial la realizamos en forma de pulsos intravenosos de metilprednisolona 1g/día durante tres días consecutivos, seguido de prednisona oral reduciendo la dosis de forma gradual durante seis meses o más. En pacientes seleccionados pueden utilizarse glucocorticoides locales mediante inyecciones o implantes intravítreos para el control de la inflamación.

En aquellos casos con recurrencias, inflamación crónica, refractariedad al tratamiento o requerimiento de dosis elevadas de corticoides para el control de la infla-

mación es necesario asociar terapia inmunomoduladora. El uso de estos fármacos se asocia a un menor riesgo de pérdida visual en los pacientes con enfermedad de VKH. Entre los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) utilizados podemos diferenciar no biológicos y biológicos. Entre los FAMEs no biológicos la ciclosporina A es muy utilizada en inflamaciones oculares de causa no infecciosa incluido el VKH, la dosis recomendada es de 3-5 mg/Kg/día. Antimetabolitos como la Azatioprina (1-2 mg/Kg/día) y el micofenolato también se han utilizado en la enfermedad de VKH como primera o segunda línea de tratamiento.

Los agentes biológicos como los anti-TNF (infliximab, adalimumab y menos casos con etanercept) se han probado en menor número de casos tanto en adultos como en niños. Con rituximab (RTX) la experiencia se limita a casos puntuales con una buena respuesta y posterior evolución, pudiéndose considerar una alternativa terapéutica en pacientes que no responden al tratamiento con FAMEs no biológicos y anti-TNF, además, y dado que el VKH, por lo que sabemos, en una enfermedad mediada por los linfocitos T, la respuesta al RTX abre una nueva hipótesis sobre su patogenia y el uso de este y otros fármacos en el futuro. Múltiples estudios han demostrado un mejor resultado en el control de la inflamación intraocular con un número menor de recidivas cuando se instaura precozmente el tratamiento corticoideo a dosis altas.

### Pronóstico

El pronóstico es relativamente benigno, aunque existen complicaciones visuales como la catarata, el glaucoma y la neovascularización subretiniana, esta

<b>1</b>	<p><b>VKH completa (Cumple criterios del 1 al 5)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin antecedentes de traumatismos perforantes o cirugías oculares</li> <li>2. Sin evidencias de enfermedades oculares previas</li> <li>3. Afectación ocular bilateral (A o B según estadio de la enfermedad)             <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Manifestaciones tempranas:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Presencia de coroiditis difusa (áreas focales de líquido subretiniano o desprendimiento de retina seroso bulloso)</li> <li>b) Si las lesiones no son tan evidentes, debe haber:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas de retraso de relleno coroideo, hiperfluorescencia múltiple punteada (cielo estrellado), grandes áreas de hiperfluorescencia, relleno de zonas de líquido subretiniano, y difusión del nervio óptico (AGF)</li> </ul> </li> <li>c) Engrosamiento difuso sin escleritis posterior (ecografía)</li> </ol> </li> <li>B) Manifestaciones tardías:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Antecedentes de manifestaciones tempranas</li> <li>b) Despigmentación ocular: Signo de Sugiura o Sunset glow fundus (vitiligo perilímbico)</li> <li>c) Otros:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cicatrices numulares corioretinianas</li> <li>• Zonas de hiperpigmentación y migración de pigmento</li> <li>• Uveitis anterior recurrente o crónica</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> </li> <li>4. Antecedentes o hallazgos neurológicos y/o auditivos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Meningismo</li> <li>B) Tinnitus y/o hipoacusia</li> <li>C) Pleocitosis en líquido cefalorraquídeo</li> </ol> </li> <li>5. Hallazgos dermatológicos, posteriores a la uveitis:             <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Alopecia</li> <li>B) Poliosis</li> <li>C) Vitiligo</li> </ol> </li> </ol>
<b>2</b>	<p><b>VKH incompleta (Cumple criterios del 1 al 3 y 4 o 5)</b></p>
<b>3</b>	<p><b>VKH probable (Solo cumple los criterios oculares 1 a 3)</b></p>

última producida por una alteración en la permeabilidad vascular. Los fármacos intraoculares inhibidores del factor vascular de crecimiento endotelial (VEGF)

son eficaces, por lo que deben tenerse en consideración cuando se produce la neovascularización, al plantear una estrategia terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. R.W. Read, G.N. Holland, N.A. Rao, K.F. Tabbara, S. Ohno, L. Arellanes-García, et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease: report of an international committee on nomenclature. *Am J Ophthalmol* 2011;131:647-52.
2. Rao NA, Gupta A, Dustin L, et al. Frequency of distinguishing clinical features in Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Ophthalmology* 2010; 117:591-9.
3. Lai TY, Chan RP, Chan CK, Lam DS. Effects of the duration of initial oral corticosteroid treatment on the recurrence of inflammation in Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Eye (Lond)* 2009; 23:543-548.
4. Paredes I, Ahmed M, Foster CS. Immunomodulatory therapy for Vogt-Koya-

- nagi-Harada patients as first-line therapy. *Ocul Immunol Inflamm* 2006; 14:87-90.
5. El-Asrar Am Abu, Al Tamimi M, Hemachandran S, Al-Mezaine HS, Al-Muammar A, Kangave D. Prognostic factors for clinical outcomes in patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease treated with high-dose corticosteroids. *Acta Ophthalmol* 2013;91:e486-93.
6. Kaçmaz RO, Kempen JH, Newcom C et al. Cyclosporine for ocular inflammatory disease. *Ophthalmology* 2010;117:576-84
7. Khalifa YM, Bailony MR, Acharya NR. Treatment of pediatric Vogt-Koyanagi-Harada syndrome with infliximab. *Ocul Immunol Inflamm* 2010;18:218-22.

# Los reumatólogos abogan por alargar la formación MIR en la especialidad

**Según la Dra. Francisca Sivera, del Hospital General Universitario de Elda, “es esencial garantizar que los residentes tengan formación sobre enfermedades reumáticas”**

La formación en Reumatología debería alargarse por lo menos un año, permitiendo ampliar tanto la formación en Medicina Interna como la específica en Reumatología. Sin embargo, “esta mejora depende de las autoridades sanitarias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)”, según puso de manifiesto la Dra. Francisca Sivera, del Hospital General Universitario de Elda (Alicante) y miembro del Comité Científico del XV Curso de Tutores y Residentes, que este año se celebró en Córdoba gracias a la colaboración de **UCB**.

A su juicio, “es esencial garantizar que todos los residentes tengan formación en todo el espectro de enfermedades reumáticas, desde la patología de partes blandas hasta las conectivopatías y las vasculitis”. Sería recomendable facilitar la armonización de los diferentes centros. “Esto se puede realizar de múltiples maneras: generando una lista de recursos formativos recomendados (como el curso EULAR on-line), posibilitando el networking e intercambio de opiniones de tutores y residentes, fomentando las estancias en otros centros o creando unos métodos de evaluación recomendados y armonizados (como la ECOE)”, sostiene.

## PRÓXIMAS CITAS CON LA FORMACIÓN

**16 y 17 septiembre**

**CURSO AVANZADO DE PATOLOGÍA OCULAR** en Santander, con la colaboración de **MSD**

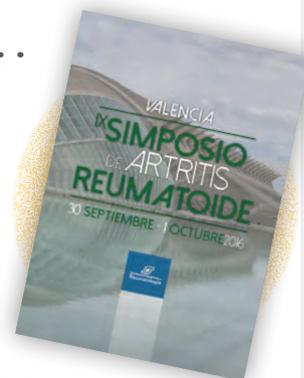
En esta actividad formativa, bajo la coordinación de los doctores Esperanza Pato y Ricardo Blanco, se hablará sobre anatomía uveal y técnicas oftalmológicas, se abordarán los patrones y tratamiento global de uveítis y se hará un repaso de los síndromes de enmascaramiento, de las uveítis infecciosas, intermedias o de las uveítis de enfermedades sistémicas.



**30 de septiembre y 1 de octubre**

**IX SIMPOSIO DE ARTRITIS REUMATOIDE DE LA SER** en Valencia

En este simposio se tratarán los aspectos clínicos, las dianas metabólicas para el tratamiento de la artritis reumatoide, las guías de manejo de AR, el manejo de las terapias biológicas, las vacunas, las pequeñas moléculas, la optimización, etc.



**14 y 15 octubre**

**V CURSO REUMATOPICS 2016** en Barcelona, con la colaboración de **Menarini**

En esta quinta edición, se abordará el tema de la esclerodermia, enfermedades reumáticas importadas, imagen, terapias biológicas en artritis reumatoide y el riesgo cardiovascular en artritis microcristalinas, entre otras cuestiones de interés. Este curso está coordinado por los doctores Javier Narváez, Fernando Pérez y Francisca Sivera.

# Eular Review: una oportunidad de puesta al día para los socios



**El Dr. Xavier Juanola, reumatólogo del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona) y coordinador de esta iniciativa, nos cuenta las ventajas de Eular Review, una acción que ha contado con el patrocinio de Novartis**

## ¿Cómo resumiría Eular Review?

Es una iniciativa que ha permitido seguir, casi en directo, el Congreso Eular, que este año se ha celebrado en Londres (Reino Unido), con información de las principales comunicaciones que se presentan. Los días del Congreso se realizaron grabaciones por parte de expertos reumatólogos españoles que facilitaron el conocimiento de las principales novedades en clínica y tratamiento de las áreas de artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis axial y enfermedades autoinmunes sistémicas. Estos contenidos se retransmitieron a diario (en streaming) y aún están visibles a través del portal de la SER.

## ¿Destacaría alguna novedad de esta actividad?

Ya hubo otra edición anterior de Eular Review en un Congreso que se celebró en Berlín, pero este año la novedad ha sido la reunión presencial para los asistentes del Congreso en Londres. Como es habitual en este tipo de reuniones científicas, en ocasiones, se solapan muchas sesiones de interés y resulta imposible acudir a todo. Por ello, haber podido realizar esta sesión en directo para los asistentes ha sido enormemente valioso.

## ¿Qué valoración haría de la sesión presencial de 'Lo Mejor de Eular'?

Un punto positivo fue el lugar en el que se desarrolló esta sesión: el Hospital St. Thomas de Londres, un centro emblemático internacional para los reumatólogos, ya que es

referente en el abordaje de las enfermedades autoinmunes sistémicas. Respecto a la reunión, cabría destacar el buen ambiente, la alta participación e interés de los 150 asistentes. Fue una sesión muy dinámica y activa en la que en hora y cuarto se explicó lo más novedoso en tratamiento de las siguientes áreas: artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica y enfermedades autoinmunes sistémicas, por cuatro expertos de renombre en este ámbito. Este acto suscitó un gran interés y satisfacción para los asistentes.

## ¿Qué ventajas ofrece esta iniciativa de Eular Review?

La principal ventaja es la oportunidad de puesta al día para el socio, tanto para los que no han podido asistir al Congreso europeo, como para los que han ido pero no han tenido tiempo de acudir a todo lo que les interesaba. Además, un enorme valor añadido lo ofrecen los expertos con gran capacidad para filtrar los temas más novedosos, llamativos o de mayor interés en cada campo.

## ¿Por qué cree que es beneficioso que la SER apueste por este tipo de formato formativo?

La formación para la SER debe ser uno de los objetivos clave. Los Congresos de Eular, junto con ACR y nuestro Congreso Nacional son, sin duda, las principales citas de referencia para la mejora de los conocimientos de los especialistas. Por ello, la sociedad científica debe acercar y facilitar que las novedades y actualizaciones lleguen a todos los socios que, en muchas ocasiones, tienen grandes dificultades para desplazarse y acudir a las reuniones científicas. Sería muy positivo que se volviera a repetir esta actividad, ya que ha suscitado gran satisfacción.



## II edición de la campaña de concienciación: 'Un paso + en la gota'

**El objetivo es concienciar a la población sobre esta patología que, actualmente, afecta a entre el 1 y 2% de la población**

La Sociedad Española de Reumatología (SER), la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) y el Grupo Menarini España han puesto en marcha la II edición de la campaña 'Un paso + en la gota'. El objetivo es concienciar a la población sobre esta patología –que, actualmente, afecta a entre el 1 y 2% de la población y se ha convertido en la principal causa de artritis en varones– y poner énfasis en el impacto que tiene en el paciente. Bertín Osborne, que ha ejercido por segunda vez de padrino de esta iniciativa, ha explicado su propia vivencia con esta dolencia y ha animado a todas las personas que sufren gota a dirigirse a un especialista para conseguir una mejor calidad de vida.

El 70% de los pacientes opina que las comidas copiosas y el exceso de alcohol pueden desencadenar crisis gotosas. En este sentido, según la Dra. Montserrat Romera, responsable de la Comisión de Comunicación de la SER, destaca que la gota debe tratarse, “de lo contrario, puede dar lugar a lesiones articulares

y afectar directamente a la calidad de vida del paciente”.



De izquierda a derecha: Sr. Javier Hidalgo, director de Relaciones Institucionales de Grupo Menarini; Bertín Osborne; Dra. Montserrat Romera, coordinadora de la Comisión de Comunicación y Relaciones con Pacientes de la SER; Sr. Antonio Ignacio Torralba, presidente de ConArtritis.

## La SER elabora dos guías con consejos para pacientes con espondilitis anquilosante y artritis psoriásica

**Principales recomendaciones: no fumar y practicar ejercicio físico de forma regular**

Varios estudios han demostrado que el tabaco favorece la progresión de la espondiloartritis y que los fumadores presentan más lesiones en sus radiografías de columna. Lo mismo ocurre en los pacientes con psoriasis o artritis psoriásica, puesto que recientemente se ha puesto de manifiesto que el hábito tabáquico también favorece que la enfermedad sea más grave y difícil de tratar. Por tanto, no fumar es una de las principales recomendaciones que recogen dos nuevas guías para pacientes elaboradas por la Sociedad Española de Reumatología (SER).

Estos documentos: '**Aprendiendo a convivir con la espondilitis anquilosante**' y '**Aprendiendo a convivir con la artritis psoriásica**', realizados por el grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica (Espoguía), ya están disponibles en la web de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)). Ambos recogen aspectos como el diagnóstico, tratamiento y manejo de la enfermedad, así como otras cuestiones útiles como los contactos de asociaciones de pacientes o recursos de Internet.

# El Prof. Eliseo Pascual, galardonado con el premio Eular Meritorious Service Award 2016

**El Profesor Eliseo Pascual es Presidente de Honor de la SER y catedrático de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH)**

## ¿Qué valoración haría de este galardón?

'Meritorious Service Award from Eular' se concede a un reumatólogo que, en opinión de los miembros de su Comisión de Gobierno, haya contribuido a la Reumatología de forma especial. Los candidatos son propuestos y votados por dicha Comisión. Personalmente, creo que reconoce mi presencia en Eular desde hace muchos años y, sobre todo, la planificación y organización de un taller sobre análisis de cristales en líquido sinovial que organizo desde 2002, así como, posiblemente, mi relación profesional con muchos de ellos a lo largo de los años. Como otros españoles, he sido ponente frecuentemente en mi área de experiencia: las artritis por cristales y el análisis del líquido sinovial.

Creo, por otro lado, que se premia a la Reumatología española en su conjunto por el notable esfuerzo que la ha colocado entre los países cuya presencia ya es regular e importante en el contexto europeo y, cómo no, a la SER. Poco a poco, y quizás dándonos poca cuenta desde dentro, vamos siendo considerados como una potencia apreciable y de presencia regular. Creo que hay que animar a todos los reumatólogos a estar presentes y aportar sus trabajos a los congresos de EULAR de forma regular.

## ¿Desde cuándo imparte el curso para la identificación de microcristales en líquido articular que ofrece durante el congreso anual de EULAR?

El taller (workshop) se realiza de forma regular desde 2002, y se hace dos veces en cada Congreso. En general, es bien atendido y bastantes reumatólogos han roto el hielo con el análisis de cristales gracias a estos talleres. En él me acompañan tutores de diferentes países.

## ¿Cómo resumiría su implicación en el Congreso EULAR?

Con el cambio de siglo hubo un cambio radical en la organización de estos congresos de la mano de reumatólogos de diferentes países, que en poco tiempo compitieron de forma directa con el Congreso del American College of Rheumatology. Desde casi los comienzos estuve en la Comisión de Educación y se me invitó frecuentemente a realizar ponencias y otras actividades. La verdad es que uno colabora y está allí porque es una satisfacción poderlo hacer y el que me hayan sorprendido con este premio ha sido algo totalmente inesperado.

## ¿Cómo valora actualmente la presencia de la Reumatología española en Eular?

Ahora hemos llegado a ser uno más, que es mucho porque antes no era así. Tenemos expertos en diferentes campos que colaboran muy activamente en sus respectivas áreas y son reconocidos. Creo que vamos a más.

## ¿Qué aspectos considera que habría que mejorar?

Creo que es deseable considerar EULAR como nuestra Sociedad y su congreso como nuestro congreso principal. Lo que es aceptado allí suele ser publicable, y lo que se publica es de conocimiento general. Aunque nos pese, las lenguas son instrumentos de comunicación y en Ciencia y Medicina lo es el inglés. Afortunadamente, los nuevos residentes habitualmente se van defendiendo bien, pero los que no lo hacen deben comprender que en español en este campo no se llega lejos. Escribiendo en ciencia, igual ocurre con los principales idiomas, y hoy con médicos de muy diferentes países nos comunicamos y leemos sus trabajos y ellos los nuestros en inglés. O sea, tenemos que verdaderamente estar en EULAR.

**Esther Vicente Rabaneda**, del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, ha obtenido el primer premio por la mejor calificación en el examen de competencia en ecografía musculoesquelética de Eular, nivel II (máximo) en este ámbito.

La **Dra. Nuria Guañabens**, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Clinic de Barcelona, ha recibido el '2016 Steven Boonen Clinical Research Award' de la European Calcified Tissue Society (ECTS), el pasado 14 de mayo en Roma, por su contribución a la investigación clínica de las enfermedades metabólicas óseas.



## El Dr. Javier de Toro ingresa en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia

El Dr. Javier de Toro ingresó en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia el pasado 29 de abril. En su opinión, es un honor poder representar ahora a la Reumatología aunque con una sensación agri dulce, por estar ocupando el puesto que dejó vacante el Dr. Fausto Galdo, su maestro y con el que le unía una estrecha relación.



## El Dr. Santiago Muñoz obtiene una plaza de profesor titular de Reumatología en la Universidad Europea de Madrid

El Dr. Santiago Muñoz, Presidente de Honor de la Sociedad Española de Reumatología y jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario Infanta Sofía de Madrid, ha obtenido una plaza de profesor titular de Reumatología en la Universidad Europea de Madrid, un centro que comenzó la graduación de Medicina en 2008.



## El Hospital General Universitario de Alicante pone en marcha una unidad funcional multidisciplinaria de enfermedades autoinmunes sistémicas

Se ha constituido oficialmente la primera Unidad Funcional Multidisciplinaria de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas en el Hospital General Universitario de Alicante. Estas enfermedades constituyen un grupo heterogéneo de procesos caracterizados por una baja prevalencia, afección multiorgánica, gravedad potencial y con frecuencia dificultad para la toma de decisiones, todo lo cual justifica una visión unitaria de su gestión clínica. El modelo asistencial que mejor se adapta para su correcto manejo es la Unidad Funcional Multidisciplinaria que, en esencia, es una organización operativa transversal en la que profesionales pertenecientes a más de un servicio se coordinan con la finalidad de ofrecer una atención de excelencia a los pacientes con un problema clínico determinado y, además, conseguir un mayor grado de eficiencia.



Si consideras que eres protagonista o tienes conocimiento de alguna información relevante para nuestros socios, no dudes en enviárnosla a [sonia.garde@ser.es](mailto:sonia.garde@ser.es), para que pueda ser valorada por la Comisión correspondiente para ser publicada.